

© 2013 г. Н.А. Агеева

УДК 101

**ПСИХОФИЗИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В КОНТЕКСТЕ
БИОЭТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ СОВРЕМЕННОСТИ**

**Psychophysical peculiarities of oncological patients in the context of bioethic
problems of contemporary world**

In the modern world it is topical to study topical problems of the individual cancer patient, and his position in the system of relations with the world, with other people and each other; to study issues relating to the specific role of the mind in the development of cancer disease. Most people with cancer (regardless of the variety of cancer) share common psychological characteristics that are manifested in the difficulties of emotional perception and response to stressful situations in a mythological and rational way of thinking, and a tendency to occupy the position of the infantile, some features of which were manifested before the rise of disease. The main characteristics of the socio-psychological portrait of a cancer patient are evidence of the need to respect the principle of differentiation of communicative approaches to the treatment of certain groups of patients, designed to meet the mental and physical characteristics of a particular individual, and bioethical issues of our time.

Key words: border situation, therapeutic alliance, infantilism, psychological correction.

Клиническая картина онкологического заболевания обязательно включает в себя явное или скрытое отношение больного к своей болезни. Это указывает на то, что у онкологических больных соматическое страдание сочетается с реакцией личности, т.е. состояние пациента не исчерпывается симптомами, отражающими влияние собственно патогенного фактора, но также сопровождается страданием нравственным. Удельный вес и место каждого из двух названных компонентов могут быть различными, однако они всегда проявляются вместе.

«Инфантильность» понимается не как «ребячество», «детскость» во внешнем поведении, а в более глубинном значении, связанном с наличи-

ем определенных психологических параметров, часто не читаемых по внешнему поведению индивида, но выявляемых при психоанализе. «Инфантильность» – одна из особенностей социально-психологического портрета онкологического больного, которая может помочь выявить целый набор черт (психологический профиль пациента), включающий не только ведущую позицию ребенка (по Э. Берну), но и ряд индивидуальных характеристик личности, проявляющихся в эмоциональной, рациональной, ценностной сферах и в системе отношений с окружающим миром.

Динамика отношения личности – к себе, другим людям и миру в целом – лучше всего просматривается в процессе изучения индивидуальных проблем пациента, оказавшегося в пограничной ситуации – на грани жизни и смерти. Именно эти ситуации очерчивают твердую границу, делающую невозможным любое гармоничное постижение мира и человеческой жизни, позволяют выявить непосредственное значение пограничной ситуации для опыта экзистенциального существования онкологически больного пациента.

Пограничная ситуация – это состояние острейшего эмоционального стресса, связанного, прежде всего, с переживанием страха смерти и абсурдности жизни. К. Ясперс писал: «Мы используем термин «границные ситуации» для обозначения таких крайностей, как смерть, вина, борьба, неизбежность – то есть ситуации, которые, незаметно присутствуя в нашей повседневной жизни, неотвратимо детерминируют все наше существование. Опыт переживания этих граничных ситуаций, их освоения и преодоления – это последний источник истинного бытия и истинных возможностей человека [1]. Пограничная ситуация – единственное средство выбраться из обыденности и попытаться обрести самого себя («посмотреть в глаза смерти»). В данной ситуации человек находится на грани: 1) моральной, 2) интеллектуальной или 3) физической гибели. Именно в таком состоянии к нему приходит озарение и обретение собственного «Я», в ходе соприкосновения с высшим видом бытия – трансценденцией, которая представляет собой потустороннее бытие, непостижимое и недоступное в условиях обычной жизни человека. Вся наша жизнь состоит из этих ситуаций. Мы часто находимся на грани интеллектуальной гибели (когда сталкиваемся с затруднениями в процессе познания), на грани физической гибели (своей или чужой), на грани морального унижения (когда нас обидели или предали). В «пограничной ситуации» каждый человек поставлен перед выбором принятия решения.

У большинства экзистенциалистов «свобода» и «экзистенция» – тождественные понятия. У Ясперса экзистенция и есть свобода, ибо свободу невозможно найти в предметном мире. Экзистенциалисты сводят свободу к «свободе выбора». Выбор есть «зов экзистенции», который подчинен Богу. У Сартра свобода есть выбор человеком своего бытия: человек таков, каким он себя свободно выбирает. Для Камю свобода является бунтом против всемирного абсурда, мятежом против судьбы. Камю сводит этот бунт к отказу от моральных ценностей, связывает его с принципом «Все дозволено». У Ясперса свобода не тождественна произволу человека, а представляет собой трансцендентальную необходимость (для каждого – своя).

«Пограничная ситуация», по К. Ясперсу, – как стена, на которую мы наталкиваемся и о которую разбиваемся. Она не может нами изменяться, а может только подвести нас к осознанию, что ее нельзя объяснить, поскольку она нам дана с самим наличным бытием, но как граница. Пограничная ситуация не дана вообще для сознания, она а priori вне разума, но может быть «освоена» посредством пребывания в экзистенции. По мнению К. Ясперса, пребывание только лишь в наличном бытии как сознании, не постигающем глубины и драмы пограничной ситуации, сводится лишь к «тягостному прозябанию в беспомощности. В пограничную ситуацию необходимо вступать с открытыми глазами, ведь только так мы становимся самими собою и только тогда понимаем, осознаем, что наличное бытие – всего лишь нечто чуждое нам как личности, всего лишь кажущаяся ценность, всего лишь нечто незначимое, всего лишь некий фантом, виртуальная реальность. На границе пограничной ситуации мы еще это способны понять, но, углубившись в нее, саму эту ситуацию мы уже понять не в состоянии, можем ее лишь ощущать, пребывая в позиции, состоянии осмысления собственного субстанциального одиночества в соответствии со своей духовно-психологической потенцией.

К. Ясперс отмечал, что истинно человеческая экзистенция лишь тогда «налична», когда человек действует как свободное существо, не позволяя никому превращать себя в объект манипулирования. Экзистенция сопряжена с поисками непреходящего смысла бытия, с заботой о наличном бытии. Она высвечивается в пограничных ситуациях: заботы, страдания, борьбы, чувстве непоправимой вины и смерти-расплаты. Оказавшись в пограничной ситуации, человек понимает, что не может жить без борьбы и страданий, в которой

он «неизбежно берет вину на себя» и мыслит о «несбытности смерти». Конечность экзистенции предстает перед человеком со всей непосредственностью. Все ситуации бытия человека имеют определенные границы на уровне: пола, возраста, шансов и обстоятельств его жизни.

Онкологический диагноз относится к самому страшному не столько из-за неизлечимости данной патологии, ведь возможности современной медицины велики, сколько в силу сложности субъективного восприятия болезни пациентом. Заболевший раком человек неожиданно для себя сталкивается с рядом сложнейших проблем, которые нужно решить в короткий промежуток времени, тогда как «обычный смертный» на эти задачи тратит несколько десятилетий в период старения. Среди серьезных задач, поставленных перед онкологическим больным, в числе главных:

1. Интеграция пережитого, требующая осознания и принятия ответственности за прожитую жизнь.
2. Пересмотр отношения к собственной смерти. Переоценка ценностей, приобщение к религии.
3. Формирование отношения к «новому» телу. Принятие телесных изменений, произошедших вследствие хирургического вмешательства и химиотерапии.

У пациентов с онкологическими заболеваниями практически до нуля снижается ценность материальных благ и карьерных интересов, а на первый план выходят экзистенциальные проблемы личности. Это является следствием того, что онкологические больные переживают острый экзистенциальный кризис, граничащий с животным страхом собственной смерти, реальности конечности человеческого бытия и выработкой новой личностной позиции по этому поводу. Цель терапии, по К. Ясперсу, заключается в достижении – через граничную ситуацию – преобразования человеком самого себя, при котором он раскрывается сам перед собой и утверждает свою истинную сущность перед лицом окружающего мира [1, с. 403]. Е. Кюблер-Росс в книге «О смерти и умирании» описывает реакции пациентов на сообщение врача о наличии у них смертельного заболевания как последовательность пяти стадий:

1. Отрицание и изоляция. Пациент не хочет поверить в то, что это действительно случилось с ним. Первая стадия очень типична. Человек

не верит, что у него есть потенциально смертельная болезнь. Он начинает ходить от специалиста к специалисту, перепроверяя полученные данные, делает анализы в различных клиниках. В другом варианте он может испытывать шоковую реакцию и вообще больше не обращается в больницу.

2. Гнев. Недовольство работой медиков, ненависть и зависть к здоровым людям. Вторая стадия характеризуется выраженной эмоциональной реакцией, обращенной на врачей, общество, родственников.
3. Торговля. Пациент питает иллюзии, надеется на чудо и пытается заключить сделку с судьбой. Третья стадия – это попытки «выторговать» как можно больше дней жизни в самых разных инстанциях.
4. Депрессия. Скорбь, отчаяние, страх смерти и потеря смысла жизни. На четвертой стадии человек понимает всю тяжесть своей ситуации. У него опускаются руки, он перестает бороться, избегает своих привычных друзей, оставляет свои обычные дела, закрывается дома и оплакивает свою судьбу.
5. Смирение. Принятие болезни, отсутствие страха и отчаяния. Приятные воспоминания о прожитых годах до болезни. Пятая стадия – это наиболее рациональная психологическая реакция, но до нее далеко не каждый доходит. Больные мобилизуют свои усилия, чтобы, несмотря на заболевание, продолжать жить с пользой для близких [2].

Следует отметить, что вышеперечисленные стадии не всегда идут в установленном порядке. Больной может остановиться на какой-то стадии или даже вернуться на предыдущую. Однако знание этих стадий необходимо для правильного понимания того, что делается в душе человека, столкнувшегося со смертельной болезнью, и соответствующей психологической коррекции. Существует также ряд основных психопатологических симптомов, которые наиболее характерны для онкологических больных. К ним относятся: тревога, депрессия, астения, ипохондрия, апатия и дисфория [3]. Именно эти симптомы и состояния, как основные в том или ином клиническом синдроме, служат ориентиром и для оценки степени выраженности психогенной реакции, и для выбора купирующего воздействия.

Перед больным стоит чрезвычайно трудная задача: справиться с эмоциональным потрясением, подготовиться к разрешению многочисленных

психологических проблем сначала на этапе приспособления к болезни, а затем – и в роли реконвалесцента. Лечебно-диагностический процесс, состоящий из сложных диагностических процедур хирургического и лучевого компонентов и иных методов лечебных воздействий, очень часто оставляет больного в своеобразном «психологическом вакууме», где он, по сути дела, предоставлен сам себе.

Е. Кюблер-Росс по праву считают создателем концепции психологической помощи умирающим больным, поскольку ей удалось разорвать замкнутый круг лицемерия и развенчать миф об эффективности «сладкой лжи», бытующие в медицинском сообществе и в западной культуре в целом. Е. Кюблер-Росс была первым врачом, заявившим, что медики должны не только бороться за жизнь пациента до последнего вздоха, но и делать все возможное для того, чтобы заранее подготовить его встретить смерть с достоинством, без страха и мучений, как естественную и неотвратимую составляющую жизни.

Принцип уважения прав и достоинств человека в медицине является ведущим, так как позволяет пациенту в наибольшей степени реализовать права в отношении своей жизни и здоровья. Уважение прав и достоинств личности пациента проявляется в соблюдении медицинскими работниками четырех этических правил: справедливости, правдивости, конфиденциальности, информированного добровольного согласия.

Согласно статьи 20 Федерального Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Взаимоотношения между врачом и пациентом – одна из главных проблем в медицине. «Если в процессе общения врачу не удалось установить терапевтическое сотрудничество с пациентом и получить от него информированное

добровольное согласие на медицинское вмешательство, то об удовлетворенности потребителя предоставленной медицинской услугой не может быть и речи. Неэффективное общение является барьером на пути к профилактике и укреплению здоровья пациента» [4, с. 137].

Термин «терапевтическое сотрудничество» включает в себя взаимопонимание, взаимоуважение и взаимную ответственность медицинского работника и пациента. Установление терапевтического сотрудничества – одна из сложнейших задач, ответственность за решение которой несет, прежде всего, медицинский работник. С целью улучшения качества взаимодействия между участниками диалога (врач-пациент) медицинским работникам необходимо в каждой ситуации общения использовать свою коммуникативную стратегию. Необходимо найти такую форму речевого воздействия, которая была бы убедительной только для того, кого убеждаешь. Именно поэтому нельзя сводить диалог между врачом и пациентом к банальному обмену информацией, их общение должно быть направлено на выработку общего смысла, взаимопонимания, построения диагностической и лечебно-реабилитационной беседы, единой точки зрения по поводу лечения.

Психологические исследования, проведенные в онкологической клинике, свидетельствуют, что у больных наблюдается почти вся гамма психогенных расстройств, по механизмам развития являющихся реактивно (ситуативно) обусловленными и достигающих в ряде случаев психотического уровня [2, С. 62-63]. При этом к факторам стресса помимо самого факта наличия злокачественной опухоли следует относить мысли о предстоящей операции, ее возможных калечащих последствиях, отсутствии каких-либо гарантий полного выздоровления и др.

В 2011-2013 гг. студенты РостГМУ под научным руководством преподавателей И.Ю. Худоногова (кафедра ОЗИЗО №1) и Н.А. Агеевой (кафедра истории и философии) провели исследование по теме: «Социально-психологический портрет онкологического больного в контексте биоэтических проблем современности». В соответствие с рабочей гипотезой студенты-медики предположили, что новообразование является не только системной, органной, тканевой, клеточной и молекулярной катастрофой, но имеет свои предпосылки на индивидуальном и групповом уровне, то есть в психологической и социальной сферах. Это помогло выделить основные ха-

рактики, отличающие социально-психологический портрет онкологического больного от пациентов, перенесших другие заболевания. Следовательно, коммуникативные подходы к лечению отдельных групп пациентов должны быть разными – разработанными с учетом психофизических особенностей конкретного индивида и биоэтических проблем современности.

Целостность человека состоит в единстве и взаимосвязи телесного и психического, поэтому пациент, вне зависимости от тяжести заболевания, должен рассматриваться врачом как единый организм, нуждающийся в лечении как тела, так и души. Врач-профессионал не имеет права сбрасывать со счетов определенные психосоматические взаимоотношения: психологических факторов, влияющих на изменения организма, и изменений организма, влияющих на психику, на изменения личности.

Психокоррекционные мероприятия могут стимулировать процесс «деинфантилизации», что повлечет за собой становление «зрелой» позиции по поводу онкологических заболеваний у ряда людей, находящихся в ремиссии. Вероятно, в лечении онкологических больных следует разработать стратегию и тактику, заключающуюся в психопрофилактической и психоконсультационной работе с пациентами. Все это будет стимулировать частичную деинфантилизацию позиции пациентов, способствующую изменению ведущего типа ценностности отношения к жизни и смерти, здоровью и болезни, себе и миру.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997.
2. Руководство по медицине. Диагностика и терапия: В 2 т. / Под ред. Р. Беркоу, Э. Флетчера. М., 1997. Т. 2.
3. Реабилитация онкологического больного / Под ред. Н.П. Напалкова. Л., 1979.
4. Агеева Н.А. Этический аспект проблемы взаимоотношения врача и пациента // Гуманитарные и социальные науки. 2012. № 5. www.hses-online.ru

LITERATURE

1. *Jaspers K.* General Psychopathology. Moscow, 1997.
2. Guide to medicine. Diagnosis and Therapy: In 2 volumes / Ed. Berkou R., E. Fletcher. Moscow, 1997. T. 2.
3. Rehabilitation of the cancer patient / Ed. N.P. Napalkova. L., 1979.
4. *Ageev N.A.* The ethical dimension of the problem relationship between the doctor and patient / / Humanities and Social Sciences. 2012. No 5. www.hses-online.ru

Ростовский государственный

медицинский университет. г. Ростов-на-Дону, Россия 23 августа 2013 г.
